

# Manejo de lesiones selares incidentales en mi consultorio

Facundo Villamil,<sup>1</sup> Martín Monsalve,<sup>1</sup> Guido Caffaratti,<sup>1</sup> Débora Katz,<sup>2</sup> Andrés Cervio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Neurocirugía. FLENI

<sup>2</sup>Servicio Neuro-Endocrinología FLENI

FLENI. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Se denomina lesión selar a aquellas lesiones que ocupan parcial o totalmente la región anatómica de la silla turca. Suelen diagnosticarse a raíz de tres tipos de presentaciones:

- Síntomas neurológicos
- Alteraciones endocrinológicas.
- Hallazgos incidentales (“incidentalomas”).

El término “incidentaloma selar/pituitario” hace referencia a toda lesión detectada mediante un estudio de imagen (Tomografía Computarizada [TC] y/o Resonancia Magnética [RM]) en un paciente que no presenta sintomatología alguna relacionada con el hallazgo<sup>1</sup>.

Los incidentalomas hipofisarios representan una enti-

dad clínica moderna cada vez más reconocida debido a los avances y la mayor accesibilidad a técnicas de diagnóstico por imágenes.

Aunque las variaciones anatómicas, los artefactos técnicos o la hiperplasia hipofisaria podrían interpretarse como incidentalomas, las lesiones más relevantes detectadas incidentalmente son aquellas que cumplen criterios radiológicos para un adenoma hipofisario en pacientes asintomáticos o en presencia de enfermedades subclínicas.

En estudios de RM retrospectivos realizados en individuos no seleccionados la tasa de microincidentalomas varía del 10 al 38%, mientras que los porcentajes de ma-

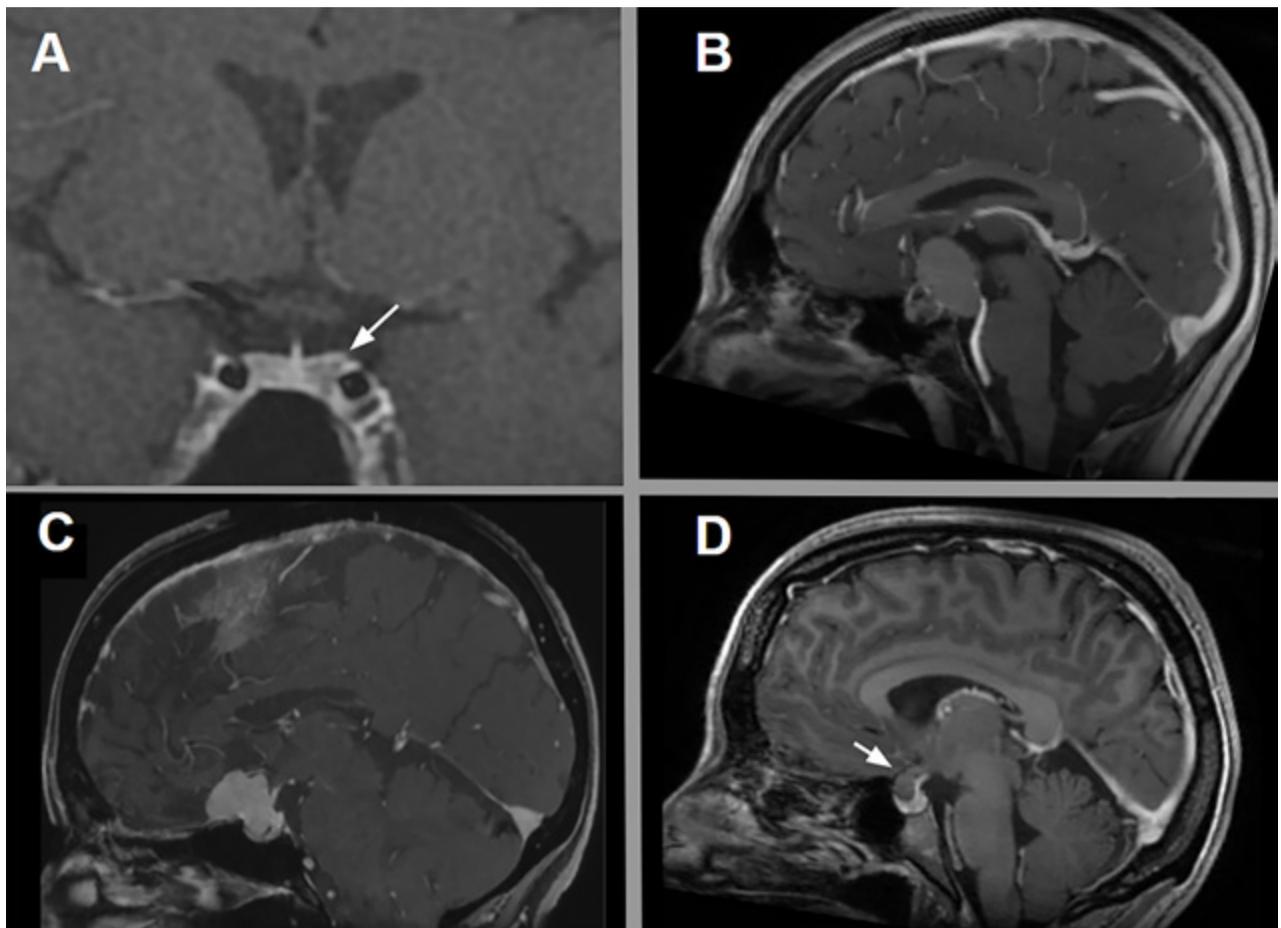


Figura 1. Lesiones selares más frecuentes. A: Adenoma hipofisario. B: Craneofaringioma. C: Meningioma del tuberculum sellar. D: Quiste de la bolsa de Rathke

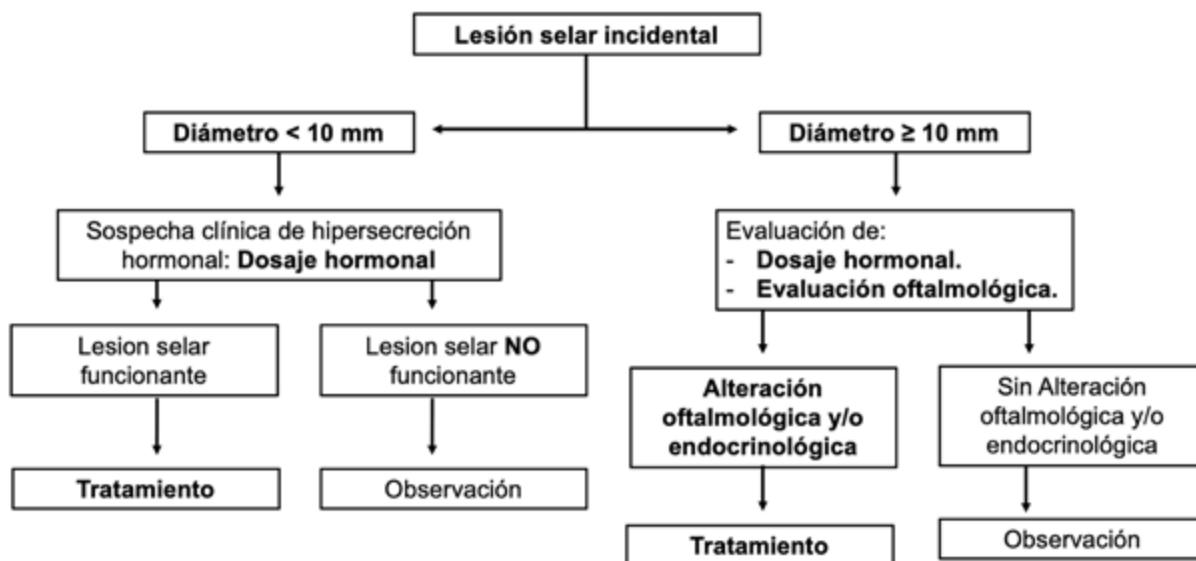


Figura 2. Algoritmo terapéutico en lesiones selares incidentales.

croincidentalomas son mucho más bajos, variando del 0,16 al 0,3%. En series de autopsias se detectó una prevalencia media del 10,7% (1.5 a 31%)<sup>(1)</sup>. Cabe destacar que sólo se identificaron 7 (0,34 %) macroincidentalomas, lo que sugiere que la mayoría de los macroadenomas hipofisarios probablemente llegan a atención clínica en algún momento de la vida.<sup>6</sup>

Las lesiones selares más frecuentes son los adenomas hipofisarios y representan alrededor del 90% (prolactinomas 57%, adenomas no funcionantes 28%, adenomas secretores de somatostatina 11% y adenomas secretores de ACTH 2%) (Fig 1 A)<sup>2</sup>.

Otro tipo de lesiones selares en orden de aparición y frecuencia pueden corresponder a:

- Tumores selares no adenomatosos benignos 4% (craneofaringiomas, meningiomas) (Fig 2 B-C).
- Tumores selares no adenomatosos malignos primarios 2% (cordomas, tumores de células germinales, linfomas primarios del SNC).
- Lesiones quísticas 2% (quiste de la bolsa de Rathke (Fig 1 C), quiste aracnoideo).
- Tumores selares no adenomatosos malignos secundarios 1-2% (metástasis).
- Lesiones infecciosas e inflamatorias 1% (hipofisitis, histiocitosis, displasia fibrosa).

### Historia natural

Este tipo de lesiones no presentan un patrón evolutivo característico, sino más bien dependiente de la patología particular. Aquellas lesiones incidentales que presen-

tan un tamaño  $\geq 10$  mm, tienden a presentar un aumento progresivo en su tamaño en comparación con aquellas lesiones  $< 10$  mm<sup>3</sup>.

### Presentación clínica

Suelen ser asintomáticas, pero en algunos casos pueden desarrollar:

- Síntomas visuales (defectos campimétricos, diplopía).
- Síntomas neurológicos (cefaleas, deterioro del sensorio).
- Síntomas endocrinológicos (deficiencia/hipersecreción hormonal).

### Evaluación de lesiones selares incidentales (Fig 2)<sup>4</sup>:

Se agrupan de manera estandarizada en dos grupos:

#### Micro-incidentalomas: Lesiones selares $< 10$ mm:

En estos casos se considera correcto realizar un screening hormonal completo. No se considera necesario realizar evaluación oftalmológica seriada<sup>5</sup>.

Para los micro-incidentalomas se establecen las siguientes recomendaciones:

- Lesiones de 2 - 4 mm de diámetro, sin evidencia de hipersecreción hormonal: Se sugiere no realizar seguimiento<sup>6</sup>.
- Lesiones de 5 - 9 mm de diámetro, sin evidencia de hipersecreción hormonal: Se sugiere realizar seguimiento con RM anuales por dos años. Si en ese periodo no presenta alteración volumétrica/endocrinológica, se sugiere distanciar dicho seguimiento.

*Macro-incidentomas: Lesiones selares  $\geq 10$  mm*

En primer término, estos pacientes deben presentar un estudio por imágenes completo con una Tomografía computada y una RM, una evaluación oftalmológica y endocrinológica con el objetivo de descartar hiperfunción o deficiencias hormonales.

A partir de este tamizaje inicial, se define si el paciente tiene indicación de seguimiento clínico o cirugía.

Los pacientes con prolactinomas, sin importar el tamaño o los síntomas neurológicos asociados, deben realizar inicialmente tratamiento con un agonista de la dopamina, comenzando con cabergolina.

Aquellos con adenomas menores a 20 mm, sin sintomatología neurológica ni hipersecreción hormonal se sugiere realizar seguimiento clínico-imagenológico seriado.

**Cirugía**

Se indica en pacientes que al momento del diagnóstico o durante el seguimiento presenten<sup>8</sup>:

- Déficit del campo visual.
- Oftalmoplejía o compromiso neurológico secundario

a la compresión por la lesión.

- Contacto franco del tumor con los nervios ópticos o el quiasma.
- Apoplejía hipofisaria con alteración visual.
- En casos en que el incidentaloma sea un tumor hipersecretor que no sea un prolactinoma.

Los incidentalomas que desarrollen alteraciones visuales o hiperactividad hormonal, con la excepción de los prolactinomas, deben tratarse en primera instancia mediante cirugía. Los pacientes con prolactinomas deben realizar inicialmente tratamiento con cabergolina.

Los abordajes quirúrgicos utilizados en la actualidad para tratar este tipo de lesiones son el endonasal y el transcraneal. El abordaje endonasal, ya sea microscópico o endoscópico se presenta como el más apropiado para lesiones intraselares puras o con un componente supraselar, mientras que la craneotomía se recomienda para lesiones exclusiva o predominantemente supraselares<sup>9</sup>. Recientemente se han propuesto abordajes endonasales endoscópicos ampliados para este tipo de lesiones logrando resultados satisfactorios<sup>10</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Teramoto, A., Hirakawa, K., Sanno, N., & Osamura, Y. (1994). Incidental pituitary lesions in 1,000 unselected autopsy specimens. *Radiology*, 193(1), 161-164.
2. Ludlam, W., 2010. Prevalence of pituitary adenomas: a community-based, cross-sectional study in Banbury (Oxfordshire, UK). *Yearbook of Medicine*, 2010, pp.526-527.
3. Fernández-Balsells, M., Murad, M., Barwise, A., Gallegos-Orozco, J., Paul, A., Lane, M., Lampropulos, J., Natividad, I., Perestelo-Pérez, L., Ponce de León-Lovatón, P., Erwin, P., Carey, J. and Montori, V., 2022. Natural History of Nonfunctioning Pituitary Adenomas and Incidentalomas: A Systematic Review and Metaanalysis.
4. Langlois, F. and Fleseriu, M., 2021. What to Do with Incidentally Discovered Pituitary Abnormalities?. *Medical Clinics of North America*, 105(6), pp.1081-1098.
5. King JT Jr, Justice AC, Aron DC. Management of incidental pituitary microadenomas: a cost-effectiveness analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997;82(11):3625-3632. doi:10.1210/jcem.82.11.4383
6. Molitch ME. Nonfunctioning pituitary tumors and pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2008;37(1):151-xi. doi:10.1016/j.ecl.2007.10.011
7. Wade AN, Baccon J, Grady MS, Judy KD, O'Rourke DM, Snyder PJ. Clinically silent somatotroph adenomas are common. *Eur J Endocrinol*. 2011;165(1):39-44. doi:10.1530/EJE-11-0216
8. Donckier JE, Gustin T. Pituitary incidentaloma: to operate or not to operate? *Acta Chir Belg*. 2012 Jul-Aug;112(4):255-60. PubMed PMID: 23008988
9. Spencer WR, Das K, Nwagu C, et al. Approaches to the sellar and parasellar region: anatomic comparison of the microscope versus endoscope. *Laryngoscope*. 1999;109(5):791-794. doi:10.1097/00005537-199905000-00020
10. Dehdashti AR, Ganna A, Witterick I, Gentili F. Expanded endoscopic endonasal approach for anterior cranial base and suprasellar lesions: indications and limitations. *Neurosurgery*. 2009;64(4):677-689. doi:10.1227/01.NEU.0000339121.20101.85